FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1898-99 N° 48.

DE LA CURE RADICALE

APPLIQUÉE AUX

HERNIES

PAR GLISSEMENT DU GROS INTESTIN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1899, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Maurice-Albert LALLEMENT

Né à Blidah (Algérie), le 3 Janvier 1873.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. WEISS	professeur.....	*Président.*
CHRÉTIEN	professeur.....	*Juges.*
FÉVRIER	agrégé.....	
BOUIN	agrégé.....	

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1898-99 N° 48.

DE LA CURE RADICALE

APPLIQUÉE AUX

HERNIES

PAR GLISSEMENT DU GROS INTESTIN

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 21 Juillet 1899, à 3 h.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Maurice-Albert LALLEMENT

Né à Blidah (Algérie), le 3 Janvier 1873.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. WEISS	professeur.....		*Président.*
CHRÉTIEN	professeur.....		
FÉVRIER	agrégé.....		*Juges.*
BOUIN	agrégé.....		

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS
(Passage du Casino)

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. GROSS ✲, I ✪.

Assesseur : M. BERNHEIM, ✲, I ✪.

Doyen honoraire : M. TOURDES O ✲, I ✪.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O ✲, I ✪, HERRGOTT ✲, I ✪, HECHT ✲, I ✪, BEAUNIS ✲, I ✪.

Clinique médicale	M. BERNHEIM ✲, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS ✲, I ✪, professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I ✪, professeur.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I ✪, professeur.
Clinique chirurgicale	M. WEISS, A ✪, professeur.
Pathologie externe	M. FROELICH, A ✪, agrégé, chargé du cours.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ✪, professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I ✪, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. HERRGOTT, I ✪, professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I ✪, professeur.
Hygiène	M. MACÉ, I ✪, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale	M. SCHMITT, I ✪, professeur.
Anatomie pathologique	M. BARABAN, I ✪, professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, I ✪, professeur.
Physiologie	M. MEYER, A ✪, professeur.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, I ✪, professeur.
Histologie	M. PRENANT, A ✪, professeur.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, A ✪, professeur.

Cours complémentaires

Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, I ✪, agrégé libre, chargé du cours
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, I ✪, agrégé libre, ch. du cours
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, A ✪, agrégé, chargé du cours
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. FÉVRIER, ✲, A ✪, agrégé, ch. du cours.
Accouchements	M. SCHUHL, A ✪, agrégé, ch. du cours.

Agrégés en exercice

MM. GUÉRIN, I ✪.	MM. ZILGIEN.	MM. JACQUES.
HAUSHALTER, A. ✪.	GUILLOZ, A ✪.	LAMBERT.
FÉVRIER, ✲, A ✪.	FROELICH, A ✪.	BOUIN.
ETIENNE.	SCHUHL, A ✪.	ANDRÉ.

Agrégés libres : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, ✲, I ✪, ROHMER, I ✪, VAUTRIN, A ✪. REMY, A ✪, P. PARISOT, I ✪.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, Ⓜ, A ✪, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MA CHERE MERE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMENT
PROFESSEUR D'ANATOMIE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

AUX FAMILLES
LALLEMENT ET BACKMEYER

A MONSIEUR R. PÉRIÉ
INSPECTEUR D'ACADÉMIE
AGRÉGÉ DES LETTRES
AGRÉGÉ DE PHILOSOPHIE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MES AMIS

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

A MES ANCIENS MAITRES DE LA MARINE

A mon Président de Thèse
MONSIEUR LE DOCTEUR WEISS
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE NANCY

DE LA CURE RADICALE

APPLIQUÉE AUX

HERNIES

PAR GLISSEMENT DU GROS INTESTIN

INTRODUCTION

« Dans le cours d'une opération de cure radicale de hernie inguinale, on rencontre quelquefois une hernie par glissement du gros intestin, cœcum ou côlon descendant.

La présence de cet intestin complique singulièrement l'intervention et peut la rendre impossible par les procédés habituels.

R. Frœlich. *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Avril 1899. »

Ce glissement du gros intestin, complication qui, sans être d'une extrême rareté, se présente parfois, avait déjà été étudié par Scarpa en 1812.

Arnaud, J.-L. Petit après lui, avaient, à ce sujet, fait de nouvelles recherches que Tuffier et Trêves complétèrent au point de vue anatomique.

Hartmann et Campenon à leur tour s'occupèrent de la question.

En 1887, cette étude fut l'objet des thèses inaugurales de Mérigot, de Treigny et Boiffin. Ce dernier traita surtout la hernie adhérente.

Desbordes, en 1896, circonscrit son travail aux hernies adhérentes de l'S iliaque, cette portion du gros intestin étant la moins fixe et la plus exposée.

Il y a trois ans, Albert de Mayo (*Thèse de Paris*), fit une étude spéciale des hernies inguinales par glissement du gros intestin.

La pathogénie de cette affection et son étiologie a donc été l'objet de recherches approfondies. Dans le cours de notre travail, nous aurons souvent à rappeler les constatations de nos devanciers.

Le diagnostic et la thérapeutique chirurgicale de ces hernies semblent n'être pas assez bien établis, c'est ce que nous nous efforcerons de faire ressortir dans ce modeste travail.

Que M. le professeur agrégé Frœlich, qui fut notre chef de service, et sous l'inspiration duquel fut entreprise la présente thèse nous permette de lui dire la grande reconnaissance que nous lui avons, d'avoir bien voulu nous témoigner au cours de nos études une bienveillance qui ne s'est jamais démentie.

Qu'il nous soit permis également d'invoquer la mémoire de notre regretté professeur et doyen, M. A. Heydenreich, sous la direction duquel nous avons commencé nos études à la Faculté de Nancy comme externe en chirurgie.

Que MM. les professeurs Herrgott et Weiss agréent notre vive gratitude pour le solide enseignement qu'ils nous

ont donné pendant notre temps d'externat dans leur clinique obstétricale et chirurgicale.

M. le professeur Bernheim s'est toujours montré pour nous un maître bienveillant et nous n'oublions pas l'intérêt qu'a bien voulu nous porter M. le professeur agrégé Février lorsque, pendant un semestre, nous avons rempli les fonctions d'interne dans son service, en remplacement de notre ami, le docteur Lahaussois ; qu'il reçoive nos bien sincères remerciements.

A la fin de nos études médicales, nous n'oublions pas nos maîtres de la Marine, avec lesquels nous avons débuté dans la médecine. Qu'ils agréent notre souvenir respectueux, dans la personne de M. le docteur Merlin, directeur du service de Santé de la Marine et de l'Ecole de médecine navale de Toulon, qui nous a montré une si grande bienveillance, alors que nous étions son élève.

Nous nous souvenons enfin avec plaisir de M. le docteur André, médecin en chef de l'hôpital militaire de Tlemcen (Algérie), qui fut pour nous pendant un an notre bienveillant chef de service au temps où nous remplissions auprès de lui les fonctions de médecin auxiliaire au 2e régiment de zouaves.

CHAPITRE PREMIER

Etiologie. — Pathogénie. — Anatomie pathologique des hernies par glissement du gros intestin.

Nous parlerons avec le plus de brièveté possible de la pathogénie des hernies par glissement du gros intestin.

Quoique assez bien connue à notre époque il est indispensable de la rappeler en quelques pages pour rendre plus claire l'étude de la cure radicale.

D'après Campenon et Hartmann, les hernies par glissement seraient plus souvent rencontrées à gauche qu'à droite et seraient moins fréquentes que les hernies épiploïques. De plus les hommes d'un certain âge en seraient atteints plus souvent que les femmes.

Le trajet de ces hernies est généralement oblique externe comme l'a démontré de Mayo. On sait qu'à ce niveau le tissu cellulaire est extrêmement lâche, et, étant donné le poids des matières fécales, on comprend le mécanisme de glissement du gros intestin.

Ces hernies, généralement secondaires et consécutives

à celles de l'intestin grêle, sont le résultat d'après Scarpa de l'entraînement provoqué par l'intestin grêle hernié.

Berger y ajoute l'entraînement du péritoine qui augmente la capacité du sac en amenant avec lui la portion du gros intestin, cœcum ou S iliaque qui tient à lui par son meso.

Mais pour que ce glissement se produise et que la hernie du gros intestin en résulte, il ne suffit pas des prédispositions habituelles à la hernie. Il faut un défaut inhérent au péritoine, il faut que la portion ascendante ou la portion descendante du gros côlon possède une anomalie dans la séreuse qui la recouvre.

L'étude de ces anomalies constituera l'anatomie pathologique de la question.

Ces hernies qui sont irréductibles, quoique faisant partie de la classe des hernies adhérentes, sont reconnues former à elles seules une classe à part, étant donnée l'anatomie du péritoine qui dans ces cas est toute spéciale.

Rappelons le processus, suivant lequel se forment ces hernies.

Hartmann dans un article qu'il fit paraître dans la *France médicale*, année 1887, s'exprime ainsi au sujet de la disposition particulière du gros intestin :

« A droite comme à gauche on trouve une disposition du gros intestin entouré complètement de péritoine (cœcum et anse omega) se continuant avec une portion fixée à la paroi par un meso qui diminue de plus en plus d'étendue à mesure qu'on passe de cette portion libre à une portion le plus souvent dépourvue de péritoine en arrière (côlon ascendant et descendant). »

Or ces hernies, en général, étant produites par un défaut d'équilibre entre la résistance d'un point de la paroi abdo-

minale et la pression que le viscère exerce à ce niveau, le viscère vu la grande laxité du *facia propria* entraîne le péritoine et selon la quantité de gros intestin hernié on se trouve en présence soit d'un sac complet, soit d'un sac incomplet.

Le péritoine, normalement, entoure en général le cœcum. Parfois, mais rarement, on ne le constate que sur la face antérieure et les deux faces latérales, tandis que la face postérieure en est complètement dépourvue, laissant ainsi le cœcum en contact direct avec le tissu cellulaire de la concavité formée par la fosse iliaque droite.

Telle est la condition nécessaire à la production du genre de hernies qui nous occupe, condition qui favorise particulièrement le glissement complet du gros intestin.

Indiquons le trajet du péritoine que nous empruntons à de Mayo, *Thèse de Paris.*

« Si nous suivons le péritoine constituant le sac herniaire, nous lui reconnaissons le trajet suivant : Il tapisse la face postérieure de la paroi abdominale antérieure, traverse l'anneau inguinal, tapisse la face postérieure de la paroi antérieure du scrotum, atteint le fond des bourses, se relève, rencontre le gros intestin dont il ne revêt que la paroi antérieure, remonte le long de cette paroi antérieure pour regagner le collet du sac et se continuer avec le feuillet péritonéal postérieur. On voit en somme que le sac n'est incomplet que par rapport au gros intestin qu'il revêt et n'enveloppe pas. Dans le sac, on trouve souvent des anses d'intestin grêle et de l'épiploon. »

Tillaux que nous consultons au sujet de la position du cœcum et de l'S iliaque dit : « Cet organe (le cœcum) est libre de toute connexion avec le péritoine et à plus forte

raison avec le tissu cellulaire sous-péritonéal de la fosse iliaque. »

Ce qui fait que d'après cela les hernies du cœcum sans sac n'existeraient pas.

Par une observation que nous rapportons pour mémoire (observation IV), cet auteur indique que le cœcum peut occuper un sac comme les autres viscères capables de faire hernie ; et ce sac peut arriver à prendre un volume énorme.

Il ajoute : « Si le côlon descendant est le plus souvent privé de mésocôlon, il n'en est pas ainsi de l'S iliaque qui est toujours pourvue, au contraire, d'un mésocôlon plus ou moins développé et parfois très long. Il en résulte que l'S iliaque jouit d'une grande mobilité. »

La portion S iliaque la plus reculée ne possède pas de meso à sa partie postérieure et pour que l'intestin hernié présente la disposition qui est l'objet de notre étude il est nécessaire que cette portion dépourvue de meso soit considérable.

Au niveau du collet l'intestin occupe la face postérieure du canal inguinal, certains auteurs le placent en arrière et en dehors dans le scrotum.

Dans une observation de Scarpa, on voit que l'intestin a été amené en avant par une torsion. Mais ce cas doit être extrêmement rare.

Campenon l'a toujours observé en arrière. C'est pourquoi il conseille, dans l'opération, d'inciser toujours en avant et en haut.

Les rapports du gros intestin avec le sac sont variables. Il peut avoir un meso très restreint et être entièrement enveloppé de péritoine sans reposer directement sur le

tissu cellulaire environnant. Ou bien il est dépourvu de péritoine et le tissu cellulaire le soutient directement ; ou bien encore, comme nous l'avons mentionné plus haut, la partie postérieure du gros intestin n'est pas recouverte, tandis que les parties antérieures et latérales le sont entièrement.

L'intestin semble accolé à toute la paroi du sac.

En consultant les travaux qui ont été faits à ce sujet : Boiffin, Mérigot de Treigny, Desbordes, de Mayo, on constate que, dans les hernies de l'S iliaque, l'intestin est toujours situé en arrière et en dehors du sac, c'est la position postéro-externe dont nous avons déjà parlé. Dans les hernies du cœcum la position est postéro-interne par rapport au sac. Et cette position peut se prolonger jusque dans l'abdomen, dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque en dedans de l'anneau.

La conséquence de cette situation est la suivante, comme l'explique M. le professeur agrégé Frœlich : dans les cas heureux de cure radicale on se trouve dans l'impossibilité absolue de réduire l'intestin complètement et de le repousser au delà de l'anneau ; à moins pourtant de se décider à faire une hernio-laparotomie et d'aller opérer le décollement du gros intestin dans l'abdomen.

En arrière du sac et au-dessous du gros intestin, on trouve ses vaisseaux nourriciers qui serpentent au milieu du tissu cellulaire, branches de ramification venant de l'artère mésentérique supérieure et de l'artère mésentérique inférieure. Ces branches sont nombreuses et d'un calibre assez considérable.

Il faut prendre garde de les sectionner ou de les rompre pour réduire plus librement l'intestin parce que cette opé-

ration ajouterait un danger de plus à la cure de la hernie, danger qui ne serait pas le moindre. En effet il exposerait le malade à la gangrène de l'organe qui, n'étant plus nourri se sphacèlerait presque inévitablement ainsi qu'il est produit dans l'observation II.

La présence de ces vaisseaux peut donc compliquer la réduction de l'intestin sinon la rendre impossible puisqu'ils peuvent être lésés. Mais quelquefois la dissociation faite à l'aide des doigts a facilité le relèvement de la portion de l'intestin à laquelle ils aboutissaient, comme le prouve l'observation V citée par de Mayo et rapportée par Mauclaire dans le *Bulletin de la Société d'anatomie*, juillet 1896. De Mayo conseille même de s'arrêter à ce moyen.

On a prétendu qu'on peut trouver parfois un plan de clivage qui serait situé en arrière du tissu cellulaire environnant les vaisseaux et que ce plan faciliterait la dissociation du sac et intestin d'avec le tissu rétro-scrotal, et écarterait toute crainte de rupture des vaisseaux ou de perforation intestinale. Mais dans la majorité des cas le plan n'existe pas, ou bien s'il existe, il est impossible à trouver. Alors, si l'on ne prend pas soin de relever à l'aide des doigts l'intestin, on se trouve menacé soit de perforation comme dans l'observation I, soit de rupture des vaisseaux comme dans l'observation II. Ou bien si l'on ne peut décidément pas décoller sac et intestin sans crainte d'accident, le chirurgien se voit dans la nécessité d'arrêter son opération, fait qui est arrivé à M. le professeur Frœlich comme il le relate dans l'observation qu'il nous a communiquée (observation III).

Ou bien il faut se résoudre à faire, comme Julliard, la résection de l'intestin.

On remarque que généralement l'anneau herniaire a un diamètre assez considérable, ce qui fait que pour peu que sa largeur soit un peu accrue pour une cause quelconque, on peut voir l'intestin grêle et quelquefois même, mais plus rarement, l'épiploon se joindre au côlon dans la hernie.

Il peut arriver et cela se voit fréquemment que l'intestin en saillie dans le sac ait subi certaines altérations ; l'aspect du péritoine environnant, lui-même, est modifié. Sur les faces latérales il est épaissi, charnu ; sur la face antérieure il présente une légère tuméfaction avec de la congestion ; il est rougeâtre comme à la période de début d'une inflammation et cela très probablement par suite des frottements, des traumas qu'il a pu essuyer par les froissements continuels qu'occasionne le port du bandage.

M. Frœlich a constaté le gonflement, la dureté et la résistance des franges épiploïques au point qu'elles auraient très bien pu être prises pour des tumeurs fibreuses.

CHAPITRE II

Symptomatologie et diagnostic.

Il est à remarquer que dans l'affection constituée par les hernies que nous étudions, le diagnostic a presque toujours été fait sous le bistouri.

Si nous consultons les observations que donnent MM. Mérigot de Treigny, Boiffin, Desbordes et de Mayo, nous remarquons que dans presque toutes le genre de hernie n'a pas été diagnostiqué.

On a commencé l'opération et c'est au cours de celle-ci que l'on s'est aperçu de la complication. Nous en concluons que ce diagnostic a toujours été ardu et nous-même avons pu nous rendre compte, au cours de notre étude, de sa difficulté.

Les données que nous possédons n'ont pas une valeur absoluc, elles nous laissent dans l'incertitude par leur à peu près.

Il est en effet difficile de délimiter nettement les signes de la hernie par glissement du gros intestin ; dans notre travail nous n'avons pas la prétention de fixer ces symptômes ; cette tâche ne pourrait être présentée que par un praticien expérimenté qui aurait beaucoup vu.

Nous nous bornerons modestement à nous efforcer d'ajouter un peu de lumière à la question, car il serait désirable de pouvoir faire un diagnostic préalable, et, précieuses seraient les données qui nous feraient reconnaître l'affection avant d'avoir en main nos instruments.

Cela nous procurerait l'avantage de ne pas marcher dans l'inconnu et nous montrerait les indications opératoires et de la kélotomie et de la cure radicale.

Outre les signes communs à toutes les hernies, que nous rappellerons forcément, il en est quelques-uns de spéciaux sur lesquels nous nous arrêterons plus volontiers en attirant sur eux l'attention.

Il faut comme on le sait éclaircir les deux points suivants qui ont leur importance :

D'abord, tâcher de s'assurer de la présence du gros intestin, ensuite chercher sa situation vis-à-vis du sac herniaire.

Lorsque ces deux conditions seront reconnues il y aura déjà lieu de soupçonner la présence du gros intestin.

Scarpa dans son traité des hernies parle des bosselures intestinales ; Berger, des masses pâteuses accompagnées de sonorité, mais il nous semble que les caractères sont un peu communs. De même pour la constipation, les coliques, les troubles fonctionnels.

Supposons-nous en présence d'un malade atteint de

hernie volumineuse. Nous croyons qu'il est bon, au premier abord, de penser à une hernie par glissement du gros intestin. Notre première idée sera de tenter la réduction par des manœuvres délicates.

Nous constaterons alors l'impossibilité absolue de réduction de cette hernie. Cette irréductibilité existait évidemment dès le début. Nos doigts sentiront une tumeur formée de masses dures et mobiles, quelquefois isolées, de la grosseur d'une noisette et même d'un œuf de pigeon.

Par son irréductibilité et ces noyaux nous pourrions avoir des tendances à la confondre avec l'épiplocèle, mais nous nous rappellerons qu'elle se distingue d'elle, par le nombre et la mobilité des noyaux.

Le volume considérable est aussi un signe important mais il n'a souvent pas grande valeur puisqu'on a vu des hernies moyennes et même petites causées par le glissement du gros intestin.

M. Frœlich a perçu, dans le cas que nous rapportons, (observation III), une sorte de frottement, à la palpation une crépitation neigeuse prouvant que le péritoine subit une certaine altération à sa surface qui était comme dépolie. Et il n'y avait pas le moindre symptôme d'étranglement.

On constate aussi, quel que soit le volume de la hernie, des troubles fonctionnels plus accentués que dans l'épiplocèle ou les autres entérocèles irréductibles.

Le malade, atteint de hernie par glissement du gros intestin, ressent une certaine tension dans la tumeur qu'il porte et surtout au moment de la défécation il éprouve du tiraillement, il perçoit une sorte de gargouillement. Nous

nous sommes transporté auprès du malade de M. Frœlich afin de lui demander à ce sujet quelques renseignements. Il nous disait que, avant d'avoir subi l'opération de la cure radicale, il ressentait une grande pesanteur dans le bas-ventre causée par le poids de sa tumeur qui était énorme.

Il percevait lui-même et constamment un gargouillement considérable, surtout lorsqu'il « éprouvait le besoin d'émettre un vent » ; ce gargouillement, disait-il, « faisait tellement de bruit, qu'il était obligé, lorsqu'il était en société, de remuer violemment les pieds pour le couvrir et être moins gêné. »

La puissance génésique était abolie chez lui et il attribuait ce fait à la compression du testicule droit ; cette puissance après l'opération était totalement revenue.

Ses mouvements étaient souvent impossibles dans la marche et il se trouvait plusieurs fois par jour obligé de se mettre au lit.

Un signe important signalé par M. Frœlich et observé chez ce malade, c'est que, avant d'aller à la selle, celui-ci sentait et voyait sa tumeur accrue, tandis qu'après la selle son volume avait considérablement diminué ainsi que la sensation de tiraillement et de pesanteur, seul le gargouillement persistait.

Signalons en passant un fait que nous indiquait le malade, nous croyons devoir y attacher une légère importance, puisque ceux atteints de hernie n'en font pas mention : la défécation assise, c'est-à-dire, le siège reposant entièrement sur la garde-robe est plus facile et pour ainsi dire sans gêne ; tandis que la défécation accroupie, c'est-à-dire le corps et les membres inférieurs fléchis et reposant

de tout leur poids sur les deux pieds est extrêmement pénible; obligeant le malade à maintenir la tumeur en exerçant une pression sur elle, en exprimant en quelque sorte les matières fécales qu'elle contenait ; ce qui nous porterait à penser que la position assise tiendrait en relâchement les muscles de l'abdomen en empêchant la tension de l'anneau herniaire, tandis que le contraire existerait dans la position accroupie.

Ce signe ajouté aux autres peut amener à faire supposer la présence du gros intestin, surtout de l'S iliaque dans la hernie.

La constipation est forcément constante, mais l'obstruction est plutôt rare.

Desbordes signale dans sa thèse un excellent procédé indiqué par Bérard et Périer qui consiste en une injection de liquide gazeux, eau de Seltz par exemple, envoyée dans le rectum. Aussitôt après, on peut constater l'augmentation de volume de la tumeur causée par le liquide injecté, et par la palpation on peut percevoir un gargouillement beaucoup plus accentué, effet produit par l'acide carbonique en dissolution dans l'eau.

De tous ces signes ceux qui paraissent avoir une valeur incontestable sont :

1° L'irréductibilité ;

2° Le volume ;

3° L'injection rectale ;

4° La défécation ;

5° Le gargouillement.

Il nous semble que procédant à leur recherche par principe et méthodiquement, avant de commencer l'opération

de la cure radicale d'une hernie irréductible, on peut arriver sinon à acquérir la certitude, au moins à avoir des doutes sur la présence d'une hernie par glissement du gros intestin. Ce qui fait que le chirurgien commençant son opération pourra s'attendre à la complication et obvier à ses inconvénients.

CHAPITRE III

Traitement chirurgical et technique de la cure radicale des hernies par glissement du gros intestin.

Lorsque l'opération de la cure radicale de la hernie par glissement du gros intestin a été décidée, dans le cas où l'on serait arrivé à poser un diagnostic à peu près exact, il s'agit de s'occuper de la technique opératoire, chose peu facile en somme, puisque la hernie par glissement du gros intestin est une complication rarement prévue.

Berger nous avertit de la difficulté qu'on éprouve à ce sujet, nous transcrivons son opinion émise dans le *Traité de chirurgie* de Duplay (t. VI, p. 602) :

« Les adhérences du gros intestin sont d'un traitement encore plus difficile. En cherchant à les libérer on court le risque de dénuder sur une large surface l'intestin adhérent, d'intéresser les vaisseaux qui s'y portent, enfin de le perforer, quand on a atteint les limites de ce qu'on peut isoler de la séreuse, en pareil cas il faut réduire avec l'S iliaque ou le cœcum, la partie du sac à laquelle il s'attache et

réséquer le reste de ce dernier après l'avoir fixé par une suture au catgut ; mais l'opération terminée de la sorte n'est jamais qu'une opération incomplète qui est souvent suivie de récidive. »

Ces indications données par Berger, exactes évidemment, sont peut-être un peu vagues. Plus de précision serait nécessaire, car il faut songer aux cas que l'on peut rencontrer quelquefois, où le chirurgien se trouve dans l'impossibilité absolue d'opérer la réduction en masse.

Suivant l'exemple de M. Frœlich, nous diviserons la thérapeutique chirurgicale des hernies par glissement du gros intestin en trois sections et nous adopterons sa classification qu'il base sagement sur l'anatomie pathologique des lésions et sur les phénomènes cliniques qui se présentent à lui.

Nous considérons donc trois classes de hernies par glissement du gros intestin :

1re classe : les hernies par glissement, que nous appelons simples ;

2e classe : Les hernies moyennes ;

3e classe : Les hernies compliquées.

Dans la première classe, nous envisagerons les cas faciles. Là, le péritoine environne entièrement le gros intestin. Les vaisseaux nourriciers, se trouvent contenus dans le meso. On résèque facilement le sac presque tout entier, et l'on rentre dans l'abdomen le gros intestin sans risquer la rupture ou la section des vaisseaux. Cela fait, on n'a plus qu'à fermer l'anneau herniaire.

Dans la deuxième classe, il faut considérer les cas où un segment de l'intestin a contracté des adhérences avec le

tissu cellulaire, tout en étant hors du sac. On usera alors du procédé de Hartmann.

« S'il y a hernie par glissement, réséquer la portion de sac, qui ne répond pas à des insertions mésentériques, ou à un intestin sessile.

« Faire une sorte de pédicule analogue à la ligature du collet dans les hernies réductibles. Comme en pareil cas, ce pédicule ne remonte pas, le remonter opératoirement en repassant les chefs du fil à ligature à travers la paroi abdominale, très haut (10 centimètres environ), les nouant sur la face externe de cette paroi, suivant un mode qui rappelle le procédé de Barker.

« Terminer l'opération en reconstituant une paroi, suivant le procédé de Bassini.

« Chez les vieillards, quand il existe un trou énorme, faire la castration et la fermeture complète du trajet. »

On résèque le sac dans une certaine portion de son étendue ; avec le bout des doigts on dissocie la portion du sac et le tissu cellulaire des vaisseaux et l'intestin pour les séparer dn tissu cellulaire lâche qui forme le plan de clivage dont nous avons déjà parlé. D'une main on relève intestin et vaisseaux nourriciers, de l'autre, on détruit doucement les adhérences en se dirigeant vers la symphise pubienne. Cela fait, il s'agit de faire remonter en les refoulant dans l'anneau intestin et vaisseaux.

C'est à ce moment qu'on emploie, selon le conseil d'Hartmann le procédé de Barker :

L'intestin que nous avons refoulé au delà de l'anneau aura toujours des tendances à redescendre, entraîné par son propre poids. Il faut donc le fixer et fermer le reste du sac à l'aide d'un surjet dont on passe le fil d'arrière en

avant dans la paroi abdominale, ce fil devenant suspenseur de l'intestin.

Il faut prendre garde à la production d'un coude en faisant la réduction de l'intestin parce que cela pourrait devenir la cause d'une obstruction partielle ou complète.

Pour obvier à cela il faut avoir soin en faisant le décollement de remonter le plus haut possible et de repousser l'intestin bien au delà de l'anneau.

Le procédé que M. le docteur Vautrin, professeur agrégé de chirurgie libre emploie et indique dans l'observation qu'il nous a gracieusement communiquée (observation VI), paraît être une bonne méthode dans les hernies cœcales adhérentes.

Les vaisseaux du cœcum hernié ont une direction verticale de haut en bas ; vouloir décoller de bas en haut, c'est s'exposer à des hémorrhagies et courir souvent au devant d'un échec. Il faut décoller de haut en bas, sur la surface où le cœcum a glissé. C'est là qu'est le plan de clivage désiré, on aura beaucoup de chances de réussite par cette méthode lorsqu'il s'agira d'une cure radicale à froid.

Si l'on a affaire à une hernie étranglée il serait dangereux parfois de fermer l'anneau sans drainage, c'est de pratique vulgaire. (Vautrin, communication verbale.)

Nous arrivons maintenant à la quatrième classe, la plus importante et concernant les cas les plus difficiles. Nous conseillerons le procédé que M. le professeur agrégé Frœlich a indiqué et qui nous paraît aussi une bonne opération. Nous donnerons à l'appui l'observation que nous devons à son amabilité (observation III).

L'intestin est hors du sac et sa surface est à moitié

dépourvue de péritoine. Alors il faut d'abord se mettre à la recherche du plan de clivage en faisant la manœuvre dont nous avons parlé. Cette manœuvre peut aboutir à la réussite malgré la situation des vaisseaux qui dans ce cas ne sont plus ensemble mais écartés au contraire les uns des autres. Mais, nous l'avons dit, le fameux plan de clivage reste introuvable. Que faire alors ? on n'a que deux ressources.

La première : interrompre l'opération et se borner à diminuer la hernie en la refoulant le plus possible dans l'anneau, ce qui est de beaucoup préférable à la section des vaisseaux. Ou bien, en dernier ressort, on pratique la résection de l'anse intestinale herniée et comme Julliard de Genève l'a fait deux fois avec d'excellents résultats, on pratique une entérorraphie circulaire ou latérale.

Mais pour cela il est nécessaire que l'intestin qui adhère au fond du sac ait retrouvé sa mobilité à partir de l'anneau, ce qui ne se produit pas toujours.

Après la résection au niveau de l'anneau et latéralement on pratique une entéro-anastomose, mais la cure radicale est impossible ; selon l'expression de M. Frœlich : « l'intestin continue à avoir le nez à la fenêtre. »

Le pronostic de cette entérotomie consécutive à la hernie par glissement est grave. Mais quand l'opération est menée à bonne fin elle offre l'avantage de pouvoir maintenir la hernie par un bandage spécial dont nous donnerons plus loin la description, chose qui était impossible ou très difficile avant l'opération.

Cet avantage paraît de peu d'importance au premier abord, mais envisagé avec soin on constate qu'il est pour le malade, sinon une guérison complète, au moins une gué-

rison partielle qui lui permet de recommencer à vaquer à ses occupations, chose qui lui était pénible et quelquefois impossible avant la cure de la hernie.

Comme le diagnostic de la hernie par glissement du gros intestin n'est réellement sûr que lorsqu'on s'en est rendu compte par la vue, il s'en suit que le glissement n'est le plus souvent reconnu qu'au cours d'une cure radicale commencée.

En conséquence lorsqu'on est sur le point de pratiquer une cure radicale et que l'on soupçonne d'après les signes que nous avons indiqués qu'il peut exister une hernie par glissement du gros intestin, il est bon d'avertir le malade de la complication probable, et comme aucun bandage ordinaire ne maintient ces hernies qui provoquent des troubles fonctionnels graves, l'autorisation d'opérer ne sera jamais refusée.

Arrivons maintenant au bandage spécial. Nous savons que ces hernies ne peuvent être contenues par le bandage herniaire ordinaire, étant donné le volume de la tumeur. Il faut donc que le praticien sache confectionner lui-même son bandage. Nous allons en donner le *modus faciendi*.

Ce bandage ne porte pas de pelote qui refoule la hernie, c'est une sorte de suspensoir en cuir bouilli qui reçoit la tumeur dans sa poche exerçant ainsi une légère pression sur elle.

Lorsque nous avons été voir le malade opéré par M. Frœlich nous avons dessiné d'après nature sa tumeur. Elle fait l'objet de la planche I.

Nous sommes en présence d'une tumeur scrotale pyriforme dont la pointe obliquement dirigée en haut et à gauche arrive presque jusqu'à l'épine iliaque antéro-supé-

rieure, la verge est déjetée à droite à cause de la proéminence de la hernie.

Nous représentons en pointillé le volume qu'avait la tumeur avant l'opération. Nous indiquons par un trait l'incision qui a été faite.

Pour confectionner ce bandage, il faut d'abord prendre un moule en plâtre de la tumeur.

Le malade étant debout on enduit la tumeur et les parties environnantes d'un corps gras tel que vaseline, qui empêchera le plâtre dont nous nous servirons de causer de l'irritation de la peau et d'y adhérer.

Il est nécessaire, évidemment, de raser préalablement les poils du pubis et du scrotum du côté de la hernie pour les empêcher de s'enchevêtrer par l'application du plâtre.

On prend ensuite des bandelettes de tarlatane apprêtées, d'un tissu assez épais, chacune de ces bandelettes aura une longueur d'environ vingt à vingt-cinq centimètres selon la corpulence de l'individu, et une largeur de quatre à cinq centimètres.

On gâche du plâtre selon le procédé qu'indique Tillaux dans ses leçons de clinique chirurgicale au chapitre du traitement des fractures de jambes par les attelles plâtrées. Puis, quand le plâtre est prêt, on y trempe les bandelettes de tarlatane de façon à ce qu'elles en soient bien imbibées et on les applique sur la tumeur en la recouvrant complètement. Le mode d'application de ces bandelettes le meilleur à notre avis est celui que l'on emploie pour le diachylon, c'est l'imbrication, qui permettra de bien suivre toutes les saillies et dépressions de la région. Il faudra superposer un grand nombre de bandelettes imbriquées afin d'obtenir une épaisseur assez considérable de tarlatane plâtrée.

Lorsque le plâtre sera bien sec, nous décollerons doucement sa masse et en la retournant nous constaterons que nous avons obtenu un moule exact de la tumeur herniaire.

Nous aurons selon l'expression employée en moulage, le négatif de la tumeur. Puis nous régulariserons les bords de ce moulage en ménageant une encoche à l'endro it de l'empreinte laissée par la verge.

Nous n'aurons plus qu'à agir comme on le fait dans le moulage courant. Nous enduirons soigneusement avec de l'huile l'intérieur du moule obtenu et nous y coulerons du plâtre. Quand le plâtre sera sec à son tour nous le séparerons de son moule et nous aurons la reproduction, en positif, de la tumeur.

C'est cette reproduction que nous mettrons entre les mains du bandagiste. Il y appliquera du cuir épais et résistant, qui, prenant exactement la forme de la tumeur, donnera une poche, une sorte de suspensoir solide.

Pour favoriser l'accès de l'air dans cette poche, on percera des trous qui en feront un suspensoir fenestré comme le montrent nos planches II et III qui présentent l'appareil vu par sa face antérieure et par sa face postérieure.

On adapte un ressort assez mou et sa courbure devra être bien prise à la mesure du malade pour lui éviter la gêne des premiers jours. L'extrémité de ce ressort viendra se terminer par une bride à deux chefs, lesquels viendront s'accrocher à la poche du cuir comme il est indiqué sur la figure.

Pour augmenter la résistance des bords de notre suspensoir fenestré on fera bien d'y adapter une garniture métallique. Un système de vis spécial permettra de donner au ressort uue direction appropriée.

C'est ainsi qu'a été traité par M. Frœlich le malade que nous présentons dans l'observation III. Notre planche IV montre l'appareil en place.

Comme nous avons désiré être fixé sur les résultats du port de ce bandage, nous avons revu le sujet et l'avons interrogé.

Depuis qu'il en fait usage, sa tumeur qui avait déjà été diminuée de la moitié de son volume après l'intervention chirurgicale, paraît avoir encore diminué depuis.

La marche est devenue facile et le malade peut vaquer toute la journée à ses occupations (il est maître d'hôtel et est obligé par son travail d'être souvent debout et de marcher beaucoup) sans ressentir de fatigue appréciable. Il n'a plus de gargouillements incongrus, plus de constipation, sa santé est excellente, entretenue par une grande gaîté et un bon appétit, ce qui n'existait pas avant l'opération. La puissance génésique qui avait disparu chez lui est revenue. Il est enchanté du bandage qu'il porte.

Nous croyons que nous pouvons conseiller sans crainte ce suspensoir fenestré par les excellents résultats qu'il a donnés à M. le professeur agrégé Frœlich dans le traitement post-opératoire de son malade.

TABLEAU STATISTIQUE

Opérations de hernies étranglées du gros intestin adhérent par glissement.

Lefort	1885	Homme.	34 ans.	Hernie du Cœcum.	Mort.
Follet	1872	—	30 —	—	—
Laborde	1892	—	48 —	—	—
Coppa	1895	—	51 —	—	—
Vedié	1871	—	?? —	—	—
Dunlop	1879	Femme.	45 —	—	Guérison avec fistule stercorale.
Schwartz	1885	Homme.	58 —	S iliaque.	Guérison après accidents péritonéaux.
Perier	1895	—	32 —	—	Guérison sans réduction.
Perier	1895	—	75 —	—	Guérison avec réduction après phlegmon.
Berger	1884	—	78 —	—	Anus contre nature après 1 heure d'efforts.

Opérations de cure radicale à froid pour hernies du gros intestin adhérent par glissement.

Reverdin	1885	Homme.	72 ans.	Cœcum.	Guérison opératoire, mais non de la hernie.
Heydenreich	1891	—	36 —	—	Guérison après fistule stercorale.
Heydenreich	1892	—	40 —	S iliaque	Guérison opératoire après sphacèle et fistule stercorale.
Berger	1894	—	?? —	—	Guérison opératoire, l'intestin reste en place.
Terrier	1886	—	56 —	—	Hernie laparotomie, réduction, cure non radicale.
Terrier	1884	—	44 —	—	Réduction avec le sac après herniolaparotomie. Guérison.
Campenon	1867	—	44 —	—	Guérison opératoire après anus contre nature.
Hartmann	1897	—	30 —	—	Réduction du sac avec l'intestin. Guérison.
Frœlich	1899	—	35 —	—	Guérison opératoire sans cure radicale.
Julliard	1896	—	57 —	—	Guérison avec résection de 47 centim. du colon.
Julliard	1895	—	62 —	—	Guérison avec résection de 49 centim. du colon.

Nous empruntons à M. le professeur agrégé Frœlich le tableau statistique que nous donnons ci-avant. Et l'on peut se rendre compte que les résultats obtenus jusqu'ici sont loin d'être brillants ; quand on constate en résumé :

1° Hernies étranglées du gros intestin adhérent par glissement : 10 observations.	5 morts. 2 anus contre nature. 2 guérisons après péritonite et phlegmon. 1 guérison.
Cure radicale à froid pour hernies du gros intestin adhérent par glissement : 11 observations.	0 morts. 3 anus contre nature. 2 sans réduction de l'intestin. 3 guérisons après hernio-laparotomie. 1 guérison après opération simple. 2 guérisons après résection de l'intestin.

CHAPITRE IV

Observations.

OBSERVATION I

(Recueillie au service de M. le professeur HEYDENREICH, par M. le professeur FRŒHLICH).

Le nommé M .., cocher de fiacre à Nancy, entré à l'Hôpital Civil en novembre 189[illegible]. Il est âgé de 36 ans, grand et musclé, alcoolique.

Depuis quatre ans, il est atteint d'une hernie inguinale droite, qui fréquemment le fait souffrir.

Douleurs, tiraillements dans le ventre, vomissements et constipation. Depuis trois jours, ces phénomènes se sont reproduits et n'ont pas cessé.

Examen. — Hernie du volume des deux poings, dure et tendue, sonore et douloureuse. Le malade a des gaz, mais pas de selles ; quelques nausées, pouls et température normaux.

Diagnostic. — Hernie enflammée ; après quelques jours de traitement par la glace, tout rentre dans l'ordre. M. Heydenreich propose la cure radicale qui est acceptée.

Opération. — Incision sur la face antérieure de la tumeur. Le sac est épaissi et œdémateux. A son ouverture, il s'écoule du liquide

clair. La hernie contient plusieurs anses d'intestin grêle faciles à réduire ; mais en outre sur la paroi postérieure et interne du sac, le cœcum et l'appendice.

Le péritoine passe sur les deux tiers antérieurs de l'organe, le tiers postérieur est situé au dehors du sac.

M. Heydenreich essaie de décoller le cœcum et en même temps le sac d'avec le tissu cellulaire rétro-scrotal de façon à les réduire en masse.

Cette décortication est très laborieuse ; de grosses artères sont sectionnées puis liées. En s'aidant du doigt, l'intestin se rompt sur une étendue de deux centimètres dans sa portion extra-péritonale, et du liquide fécal inonde le champ opératoire. Lavage à l'eau phéniquée, suture de l'intestin ; l'opération est interrompue, suture du sac et de la peau avec drainage. Le lendemain, la température monte à 38°, puis à 39° dans les jours suivants. Le quatrième jour, un phlegmon herniaire est évident ; il est incisé, il s'en écoule du pus et des matières fécales. Un anus contre nature se constitue. Le malade resta à l'hôpital deux mois, il sortit avec une fistule qui se ferma spontanément et actuellement encore le malade continue son métier de cocher. La hernie est maintenue par un suspensoir, elle ne lui occasionne plus que rarement des douleurs.

OBSERVATION II

(Recueillie au service de M. le Professeur HEYDENREICH par M. le Professeur agrégé FRŒLICH).

Nous ne possédons qu'une relation très écourtée.

Il s'agit d'un ouvrier de la brasserie de Maxéville, âgé de 40 ans, qui entra, en 1892, à l'hôpital civil, pour une grosse hernie inguinale gauche irréductible et souvent douloureuse.

A l'opération, M. Heydenreich y trouva outre de l'intestin grêle une anse du côlon descendant, inséré sur le sac lui-même.

M. Heydenreich parvint à la libérer complètement d'avec le tissu

cellulaire péri-saccal et d'avec le sac ; mais il hésita à la réduire car après sa libération elle avait ses parois très amincies et sur une large étendue, les vaisseaux sanguins afférents avaient été sectionnés. Il laissa l'anse à l'extérieur du ventre et referma la peau après drainage. Bien lui en prit, car l'intestin se sphacéla, un anus contre nature s'établit qui mit de longues semaines à guérir spontanément.

OBSERVATION III

(Communiquée par M. le Professeur agrégé Frœlich).

Le nommé V..., maître d'hôtel, âgé de 35 ans. entre à l'hôpital civil en février 1899 pour une hernie inguinale gauche irréductible. La hernie existe depuis trois ans ; le bandage n'a jamais pu la contenir. Douleurs épigastriques, coliques et tiraillements fréquents et constipation. Il désire se faire opérer.

Examen. — Homme grand et musclé. La tumeur a le volume du poing ; elle est mate à la percussion, totalement irréductible. Au palper, on sent des noyaux durs. On perçoit en outre une sorte de froissement, de crépitation neigeuse. La tumeur se poursuit sous forme d'une corde dans le ventre.

Diagnostic. — Hernie épiploïque adhérente.

Opération. — Le 8 février, incision du sac à sa partie antérieure ; il est épais, un liquide brun, séreux, s'en échappe. Nous y trouvons non pas l'épiploon, mais une anse du gros intestin placé en arrière et en dehors sur le sac. Cet intestin est turgescent à parois épaissies. Les franges épiploïques sont dures et grosses comme des tumeurs fibreuses.

L'anse a une forme en fer à cheval, la branche antérieure et interne est revêtue complètement de péritoine et possède un méso ; la branche externe et postérieure en est dépourvue. Le péritoine passe sur l'intestin qui est sessile, en laissant libre sa paroi postérieure qui est implantée dans le tissu cellulaire rétro-scrotal.

Il s'agit d'une hernie par glissement du gros intestin (S iliaque).

L'intestin est adhérent non seulement hors de l'anneau herniaire, mais encore à l'intérieur du ventre dans la fosse iliaque, jusqu'à une distance qu'il m'est impossible de reconnaître ; dès lors la cure radicale classique est impossible ; j'essaie de décortiquer l'intestin et le sac, de façon à les réduire ensemble dans l'abdomen.

En cherchant à isoler l'intestin en arrière, je suis forcé de rompre et de lier les grosses artères ; la décortication est trop laborieuse à cause de la densité du tissu rétro-scrotal qui me force à amincir la paroi de l'intestin. Craignant de la perforer, j'interromps l'opération.

Je résèque une partie du sac et je le suture à la soie, enfin, je ferme la peau par dessus.

Les suites opératoires furent tout à fait normales.

OBSERVATION IV

TILLAUX, *Traité d'anatomie topographique*, p. 737.

J'ai observé un exemple si curieux qu'il me semble utile de le communiquer.

Une hernie inguinale droite étranglée avait été réduite en ville. Les accidents d'étranglement persistant malgré la réduction, le malade fut envoyé à l'hôpital Saint-Louis et placé dans le service de Denonvillers où j'étais interne.

Denonvillers étant absent, Richet, alors chirurgien du même hôpital, voulut bien voir le malade. Il était rationnel de penser que la réduction avait été opérée en masse et que le collet du sac repoussé dans le ventre continuait à étrangler l'intestin. Ce fut l'opinion de Richet et il pratiqua aussitôt une large incision au-dessus de l'arcade crurale pour aller à la recherche de l'étranglement.

Malgré les explorations les plus minutieuses, on ne put découvrir la cause des accidents ; l'intestin grêle fut attiré au dehors, il était sain ; bref, l'opération bien que très indiquée et très méthodi-

quement pratiquée, ne donna pas de résultats, et le malade mourut quelques heures après. La hernie ne contenait que le cœcum.

Cet intestin était beaucoup plus distendu qu'un estomac d'adulte ; il avait été réduit, mais il était tordu, renversé et repoussé dans l'épigastre et l'hypocondre gauche en avant de l'estomac. C'est à cette torsion de l'intestin au niveau du pédicule de la hernie qu'était due la persistance des phénomènes d'étranglement, cas impossible à prévoir, au-dessus des ressources de l'art, ainsi que nous en réservent si souvent les hernies.

OBSERVATION V

MAUCLAIR, *Bulletin, Société d'anatomie*, juillet 1896, citée par de MAYO, *Thèse de Paris.*

Sur un sujet de l'école pratique qui présentait une hernie inguinale gauche irréductible, et sur laquelle nous nous disposions à répéter une cure radicale, nous tombons sur une hernie avec sac incomplet. La cavité n'existait qu'en avant et était formée par le péritoine de la fosse iliaque, ayant glissé dans le canal inguinal du côté correspondant. L'intestin hernié et la partie supérieure de l'S iliaque adhérant à son péritoine par les adhérences charnues naturelles contenant les vaisseaux de l'intestin comme nous l'a démontré l'injection des artères.

La pièce étant disséquée, on croirait que l'on a simplement détaché le péritoine de la partie supérieure de la fosse iliaque et l'intestin qui lui adhérait par un court méso normal, ce qui démontre l'exactitude de la théorie du glissement.

Somme toute, le sac péritonéal apparaissait complet, sauf en arrière au niveau du point où les vaisseaux se rendaient à l'intestin. Il ne s'agissait donc pas d'adhérences secondaires.

En examinant le reste du gros intestin on voit bien qu'il s'agit non pas de l'S iliaque proprement dit mais bien de la partie supérieur du côlon iliaque et peut-être du côlon descendant.

Réflexions. — Ainsi que le disent les classiques, pour faire la cure radicale d'une hernie de ce genre, la résection du sac ne peut qu'être partielle.

De plus la réduction de l'intestin peut être rendue plus ou moins difficile, par le fait des vaisseaux dont la lésion pourrait être grave ; une sorte de hernio-laparotomie serait souvent nécessaire. Dans notre cas, l'injection nous a montré qu'ils rampaient à la face postérieure du sac et auraient été facilement blessés.

Cependant la dissection avec les doigts a permi de les relever avec l'intestin auquel ils se rendaient.

OBSERVATION VI

(Communiquée par M. le Dr Vautrin, professeur agrégé de chirurgie libre).

Hernie cœcale. — Laparo-herniotomie, août 1895. Hôpital civil.

Raymond L..., 45 ans, manœuvre aux docks.

Antécédents pathologiques assez nombreux. Pneumonie il y a 3 ans ; fracture de jambe ; ulcère variqueux ; alcoolique.

Porte une hernie inguinale droite depuis dix ans environ. C'est une hernie scrotale volumineuse qui ne peut être contenue par le bandage, et a toujours été irréductible. Comme cette hernie est volumineuse, sonore et sujette à des variations de consistance et de volume on porte le diagnostic de hernie cœcale probable.

Cure radicale sous le chloroforme.

Incision classique et ouverture d'un sac incomplet contenant 1° de l'épiploon ; 2° le cœcum avec appendice adhérent et replié sur sa face interne. L'épiploon adhérent est réséqué. Le cœcum enveloppé incomplètement par le sac est fortement adhérent et ne peut être décollé de bas en haut.

La paroi abdominale est fendue verticalement au-dessus de l'anneau, jusque et y compris l'anneau herniaire.

On vérifie la facile mobilisation du côlon ascendant sur le plan profond.

La lèvre péritonéale externe de la plaie abdominale est décollée de l'aponévrose sous-jacente, puis le doigt glisse jusqu'au dessous du cœcum qui est ainsi facilement décollé de haut en bas, d'abord vers l'anneau, puis au-dessous. On ne rompt ainsi aucun vaisseau et la perte de sang est insignifiante. Le cœcum ainsi libéré est remonté dans la cavité abdominale grâce à de légères tractions sur le côlon ascendant. Puis l'orifice herniaire est fermé au catgut, ensuite les lèvres péritonéales de la plaie abdominale. Le ventre est ainsi fermé, après résection du sac, sans qu'il reste aucune surface cruentée à l'intérieur. Suture des plans superficiels suivant Bassini.

Guérison sans accident.

OBSERVATION VII

(Communiquée par le M. le docteur VAUTRIN, professeur agrégé de chirurgie libre).

Cure radicale de hernie inguinale droite habitée par le cœcum.

Juin 1896.

Alfred T..., 32 ans, déménageur. Porteur d'une hernie inguinale, depuis l'âge de 23 ans. Hernie acquise, ayant grossi depuis trois ans, et sujette à des engouements passagers.

Cure radicale sous l'éthérisation. Le sac ouvert, je trouve des anses d'intestin grêle, et sur le flanc droit et postérieur du sac le cœcum, avec son appendice en bas et en avant. La face postérieure du cœcum est en dehors du sac sur une surface de 2 centimètres environ.

Le décollement du sac se fait facilement de tous côtés aussi bien en avant qu'en arrière. Le cœcum est aisément détaché du plan celluleux profond.

Réduction et Bassini.

Guérison.

OBSERVATION VIII

Hernie inguinale gauche irréductible. Cure radicale (DESBORDES, *Thèse de Paris*, 1886, obs. I).

Le 21 octobre 1885, entre à l'hôpital Lariboisière un employé de commerce, âgé de 32 ans. Il vient de lui-même réclamer l'opération pour une hernie gauche qui remonte à l'enfance.

Dès sa plus tendre jeunesse, il avait une petite pointe de hernie insignifiante ; il ne ressentait alors aucun malaise, la hernie facilement réductible était bien maintenue par un bandage.

Négligeant de porter constamment son bandage, la hernie augmenta progressivement.

A 20 ans, il fut réformé, et à partir de cette époque, la tumeur devint volumineuse et commença à lui occasionner quelques coliques.

Fait important, le bandage, qui jusque-là avait été facilement porté, devient intolérable. La compression qu'il exerçait était douloureuse, lorsqu'il cherchait à réduire sa hernie, tout ne rentrait plus comme auparavant ; elle était donc devenue irréductible.

Mal contenue, au moindre effort, la hernie glissait sous le bandage et son volume allait croissant, si bien que vers l'âge de 28 ans, de bubonocèle, elle se transforma en oschéocèle. Jusqu'ici le malade n'avait éprouvé que quelques malaises, bientôt survinrent une série de petits accidents, tels que crampes, coliques, nausées. Depuis quelque temps même, les douleurs étaient devenues beaucoup plus vives ; les coliques cessant d'être localisées, s'irradiaient à tout l'abdomen, à tel point que deux ou trois fois par semaine, le hernieux était obligé de s'aliter.

Après une journée de repos, tout se calmait, mais c'était un calme du peu de durée. Aussi affirmait-il qu'il lui était impossible de vivre avec cette infirmité.

Examen. — Hernie d'environ le volume du poing.

Zones de sonorité et de matité à la percussion.

Facilement réductible, la hernie rentre avec le gargouillement caractéristique, mais on sent qu'il reste dans le sac une petite masse adhérente. On ne recourt pas à l'injection de gaz et de liquide par l'anus.

Opération. — Le 30 octobre.

Chloroforme; incision des divers plans.

On arrive sur le sac qu'on ouvre. Le contenu se compose de de l'intestin grêle que l'on rentre facilement.

Une masse d'épiploon, nullement adhérente, est réséquée après ligature. Il ne reste plus qu'une portion du gros intestin reconnaissable facilement à ses bandes et à ses franges épiploïques.

La plus grande partie se réduit, mais tout en haut, à la partie supérieure, près du collet, l'autre est intimement adhérente, le péritoine fait défaut, on a une adhérence par glissement et déplissement du méso.

On cherche à libérer cette anse ; la dissection avec les doigts et la sonde cannelée est des plus pénibles ; on parvient néanmoins assez haut dans l'anneau. L'anse libre rentre assez facilement. Il n'y eut qu'une perte de sang minime.

Ligature posée sur le sac aussi haut que possible.

On fait une suture des piliers antérieurs.

Pansement salolé que l'on fixe avec du collodion.

25 novembre. — Le malade quitte l'hôpital.

OBSERVATION IX

(Service de M. le professeur Gross. — Hernie opérée par notre ami, le docteur Michel, et communiquée par lui).

Hernie inguinale droite ; hernie du cœcum adhérente. Cure radicale.

Le nommé Pierre H..., chaudronnier, entre à l'hôpital le 8 juin 1899.

Dans ses antécédents, rien à signaler.

Il y a 2 ans, en portant une lourde charge, a fait brusquement un effort, et a senti une légère douleur à la région scrotale droite.

Son médecin a constaté une hernie et lui a fait porter un bandage.

Cette hernie était alors réductible.

État actuel. — Bon état général.

Pas de bronchite, pas d'emphysème.

On trouve à droite une tuméfaction descendant dans les bourses, tuméfaction se prolongeant à travers le canal inguinal, sonore à la percussion, réductible.

La hernie a le volume d'une mandarine, mais de forme allongée.

L'orifice inguinal permet d'introduire deux doigts.

16 juin. — Opération par le docteur Michel.

Anesthésie au chloroforme.

Antisepsie habituelle ; incision habituelle.

On tombe sur un sac assez volumineux que l'on isole et que l'on ouvre.

On y trouve le cœcum.

On essaie la réduction qui est impossible. Le cœcum est adhérent à sa partie postérieure. Adhérence charnue naturelle de Scarpa. Le sac était formé dans cette portion par le méso-cœcum.

Le plus loin possible de l'intestin on sectionne cette adhérence charnue en plaçant de petits fils de soie.

On décolle l'intestin le plus haut possible. Réduction.

Une ligature en chaîne est placée sur la partie supérieure du sac.

Section.

Extirpation du sac.

Hémostase.

Rapprochement des piliers au moyen des fils séparés.

On fait la suture de la peau et on applique un pansement compressif.

Suites normales apyrétiques.

Les fils sont enlevés huit jours après, la réunion est complète.

Le malade quitte l'hôpital trois semaines après l'opération.

OBSERVATION X

Hernie inguinale volumineuse avec adhérences. — Cure radicale. (M. Terrier, *Thèse Boiffin*, Paris 1887. Observation LXX.)

Le nommé Fauvet, Victor, âgé de 56 ans, entre le 27 juin 1886 à l'hôpital Bichat dans le service de M. Terrier.

Il est porteur d'une hernie inguino-scrotale gauche, datant de quatre ans. Son volume est allé toujours en croissant et elle est aujourd'hui de la grosseur d'une tête de fœtus à terme. La hernie n'a jamais été contenue, et d'ailleurs, jusques il y a trois mois encore, elle se réduisait facilement. Mais, depuis trois mois, elle devient le siège de coliques et de douleurs assez intenses, en même temps qu'elle ne rentre plus dans l'abdomen.

Quelques tentatives de taxis faites à son entrée font rentrer une partie de la hernie. On sent, avec une grande netteté, une espèce de cordon épais, avec une série de nodosités qui font penser aux appendices épiploïques du gros intestin.

Opération de cure radicale le 24 juillet, par M. Terrier.

Après émission des téguments et ouverture du sac, on constate que la hernie est formée par une anse de l'S iliaque de 15 à 20 centimètres.

M. Terrier essaie alors la réduction, mais elle est impossible du moins en totalité ; il reste, en effet, solidement adhérente au sac, une portion d'anse intestinale d'une longueur de 8 à 10 centimètres ; ces adhérences sont larges, résistantes ; il y a une véritable soudure entre le mésocôlon et le sac.

L'incision du sac ayant été prolongée en haut et en bas, M. Terrier détruit, avec les ciseaux et les doigts, les adhérences qui maintiennent l'intestin irréductible. Cette dissection assez laborieuse doit être poussée très haut jusque dans l'anneau inguinal, et de nombreux vaisseaux doivent être pincés ; l'intestin, ainsi libéré, peut enfin être réduit.

La dissection du sac commence alors ; elle est pratiquée sans grandes difficultés, avec les doigts et les ciseaux ; bientôt, la presque totalité du sac est réséquée, il ne reste plus que la partie supérieure dans l'anneau ; mais il n'y a pas là un véritable collet du sac, il n'y a qu'un lambeau antérieur adhérent à l'orifice ; aussi ne fait-on pas, comme à l'ordinaire, la suture du collet du sac, mais la suture de l'anneau avec du gros catgut.

En bas et en arrière, il reste aussi un lambeau du sac adhérent aux éléments du cordon ; il est laissé en place.

Le 10 octobre, le malade rentre dans le service pour avoir un bandage. Etant debout, on constate l'existence d'une pointe de hernie du volume d'une noix ; il n'existe plus ni douleurs pendant la marche, ni troubles digestifs ; l'état général est excellent.

CHAPITRE V

Conclusions.

A la fin de cette étude nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

I

Quand on se trouve en présence d'une hernie inguinale irréductible on devra penser au glissement du gros intestin et s'efforcer d'en faire ou d'en supposer le diagnostic par les signes que nous avons énoncés : irréductibilité, dureté et gros volume de la tumeur, petites masses dures et mobiles perçues au palper, frottements, quelquefois crépitation neigeuse, tiraillements au moment de la défécation, défécation difficile dans la position accroupie, constipation, grosseur de la tumeur plus considérable avant qu'après la défécation, gargouillements et augmentation de la tumeur à l'injection de liquide gazeux.

II

La cure radicale des hernies par glissement est très difficile. Le procédé que nous avons décrit nous paraît le meilleur et présentant le plus de chances de succès.

Quand il est impossible de le mettre à exécution à cause de la présence des vaisseaux, arrêter l'opération ou réséquer l'anse du gros intestin hernié et faire l'entérorrhaphie. Faire cette résection toutes les fois que l'état général du malade ne s'y oppose pas et que son métier l'oblige à développer une certaine force.

III

Cette opération par la résection de l'anse intestinale herniée, si elle ne donne pas une cure radicale, a l'avantage indiscutable de permettre au malade le port d'un bandage spécial comme le prouve l'opéré de M. Frœlich (observation III).

IV

Quand on a affaire à une hernie étranglée avec glissement du gros intestin, il ne faut pas oublier que ce sont en général les anses de l'intestin grêle qui sont seules étranglées. Alors réduire seulement et laisser le gros intestin ; à moins, évidemment, que la cure radicale ne soit facile et sans inconvénients.

V

Comme l'intestin adhérent est toujours situé en arrière (sauf pourtant le cas unique signalé par Scarpa où l'intestin fut porté en avant par un mouvement de torsion) avoir soin de n'ouvrir le sac qu'en incisant en avant.

CHAPITRE VI

Discussion.

Dans le cours d'une réunion récente de la Société de Médecine de Nancy, les conclusions que nous avons énoncées furent présentées par M. le professeur agrégé Frœlich qui donna à l'appui ses observations personnelles.

Quelques objections furent faites par notre doyen M. le professeur Gross, au sujet de la cure radicale des hernies par glissement du gros intestin.

Nous allons rapporter ces objections :

A. — M. Gross estime qui lui paraît exagéré, en dehors des cas de hernies étranglées, de proposer la résection de l'anse intestinale herniée.

B. — M. Gross a l'impression que la cure radicale des hernies du gros intestin est peut-être une opération moins difficile et moins dangereuse qu'il n'est dit.

Il a opéré environ 200 hernies, sur ce nombre il compte 12 cures radicales de hernies du gros intestin parmi lesquelles il a observé 6 hernies par glissement.

1° Une hernie du cœcum incoercible chez un homme de 42 ans.

L'opération faite à une époque où les règles de la cure radicale n'étaient pas encore fixées le résultat fut incomplet.

2° Une hernie du cœcum et de l'appendice chez un homme de 38 ans.

Opération suivie de récidive rapide.

3° Une hernie du cœcum et de l'appendice chez un homme de 57 ans.

Opération avec refoulement simple, glissement sur le tissu cellulaire rétro-cœcal.

Guérison.

4° Hernie du cœcum et de l'appendice chez un vieillard de 63 ans.

Opération avec réduction facile par décollement du cœcum.

Guérison.

5° Hernie du cœcum et de l'appendice chez un enfant de 4 ans.

Opération. — Glissement et décollement.

6° Hernie du gros intestin à gauche.

Opération. — Réduction par glissement et décollement partiel difficile.

Guérison.

C. — M. le professeur Gross pense qu'en agissant doucement et prudemment, décollant l'intestin à distance, en arrière des vaisseaux, et suturant la déchirure péritonéale, on doit réussir à éviter les accidents signalés dans quelques observations.

Les objections présentées par M. le professeur Gross sont justes et nous y souscrivons dans une certaine mesure.

Mais il nous semble que les aléas dans la cure radicale des hernies par glissement du gros intestin sont très fréquents. Et cette opération qui nous réserve tant de surprises et nous fait voir sous le couteau des faits que le diagnostic ne nous avait pas permis de constater reste pour nous une opération dangereuse.

On peut, il est vrai, comme le conseille M. le professeur Gross, ne se résoudre à la résection de l'anse herniée que dans des cas tout à fait exceptionnels et dans le cas d'étranglement. Mais il nous paraît qu'en proposant d'attendre la production de l'étranglement on ajoute un obstacle et une difficulté de plus à l'opération de la cure radicale.

De plus, les gens atteints de hernie sont en général des personnes de la campagne, souvent très éloignées d'un chirurgien, et ne ménageant pas leurs efforts dans leurs travaux. Or, quand leur hernie ne peut être contenue par un bandage ordinaire, ils sont à tous moments exposés à l'étranglement que souvent ils ne se décident à montrer au médecin que lorsqu'il est trop tard pour pratiquer une opération avec chance de succès.

Tandis que, si nous mettons le malade à l'abri de ce danger par la résection de l'anse du gros intestin hernié,

alors qu'il a consenti à faire pratiquer sur lui la cure radicale, il est moins exposé aux rechutes.

Vu :
Le 15 juillet 1899.
Le Président de la Thèse,
WEISS.

Vu par le Doyen :
GROSS.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
A. GASQUET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Boiffin. — *Thèse de Paris*, 1887. Hernies adhérentes au sac.

Mérigot de Treigny. — *Thèse de Paris*, 1887. Hernies du gros intestin.

Desbordes. — *Thèse de Paris*, 1896. Hernies adhérentes de l'S iliaque.

De Mayo. — *Thèse de Paris*, 1897. Hernies par glissement du gros intestin.

Scarpa. — Traité pratique des hernies, 1812 (*Trad. Cayol*).

Arnaud. — *Traité des hernies*, 1749.

Hartmann. — *France médicale*, mars 1887.

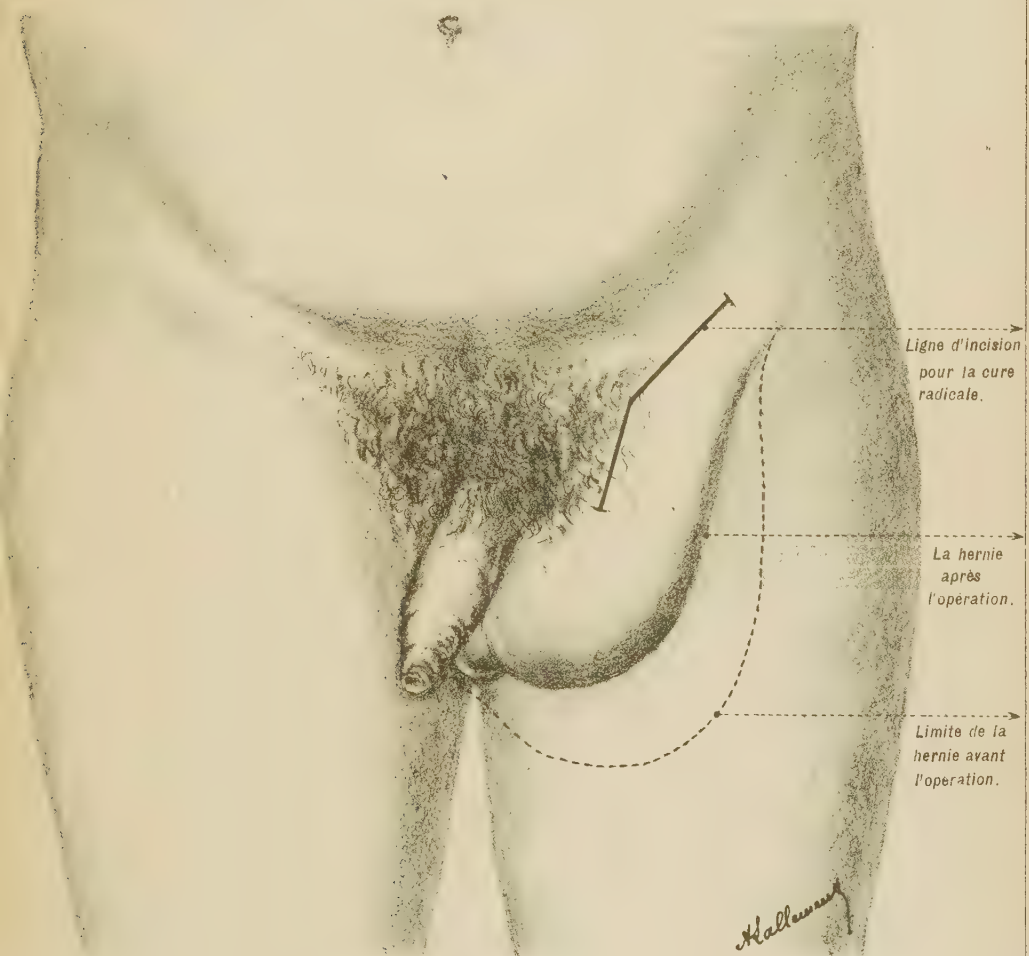
Berger. — *Traité de chirurgie de Duplay*, t. VI, p. 616.

Tillaux. — *Anatomie topographique*.

Tuffier. — Etude sur le cœcum et les hernies. *Archives de médeç.*, 1887.

Knœpfler. — *Revue médicale de l'Est*, 1er juin 1899.

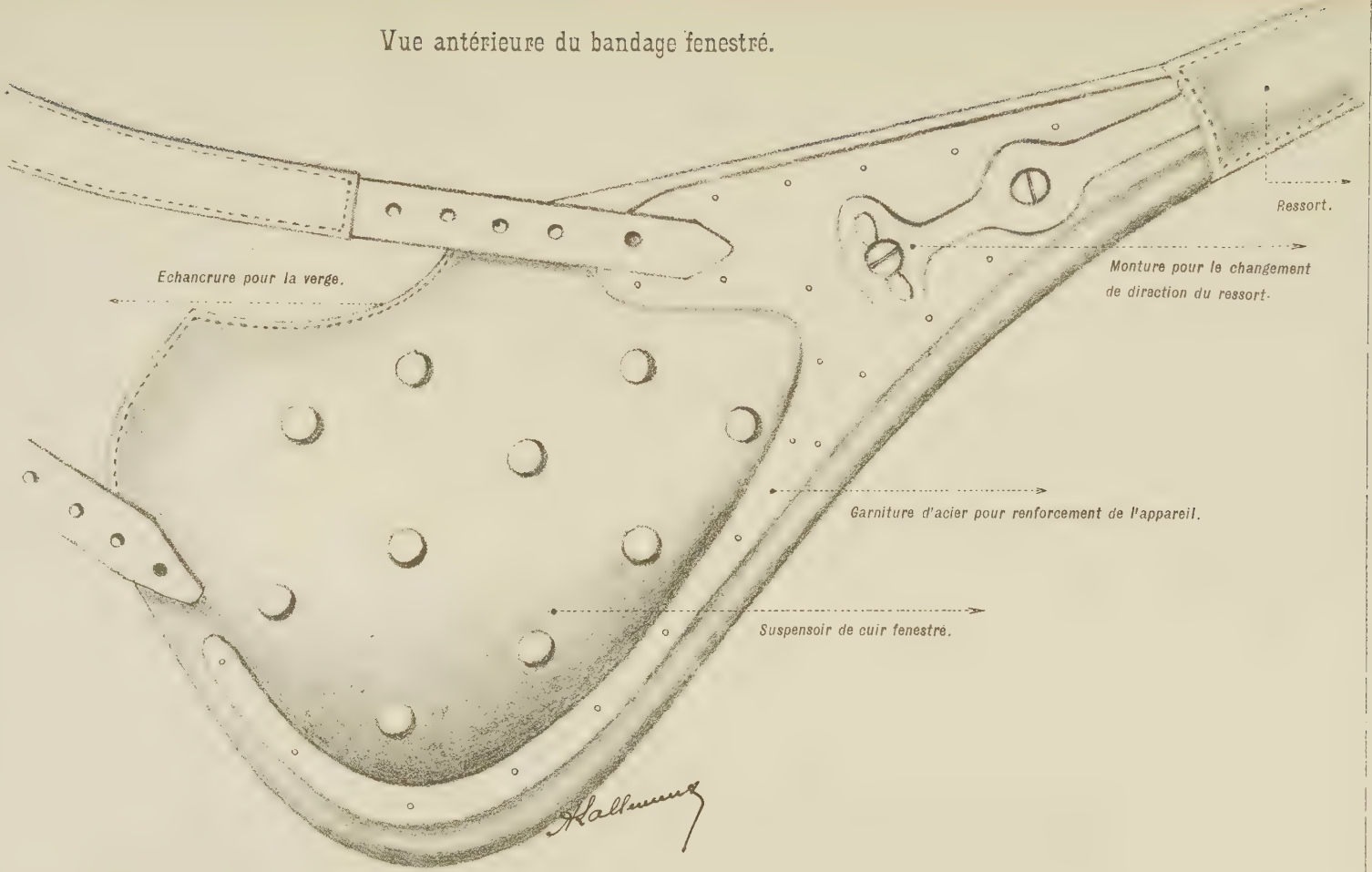
Frœlich. — *Gazette hebd. de médec. et de chirurg.*, avril 1899.



Vue de la Tumeur herniaire.

Après l'opération de la cure radicale.

Vue antérieure du bandage fenestré.



Litho. A. Barbier, Nancy.

PLANCHE II.

Vue postérieure du bandage fenestré.

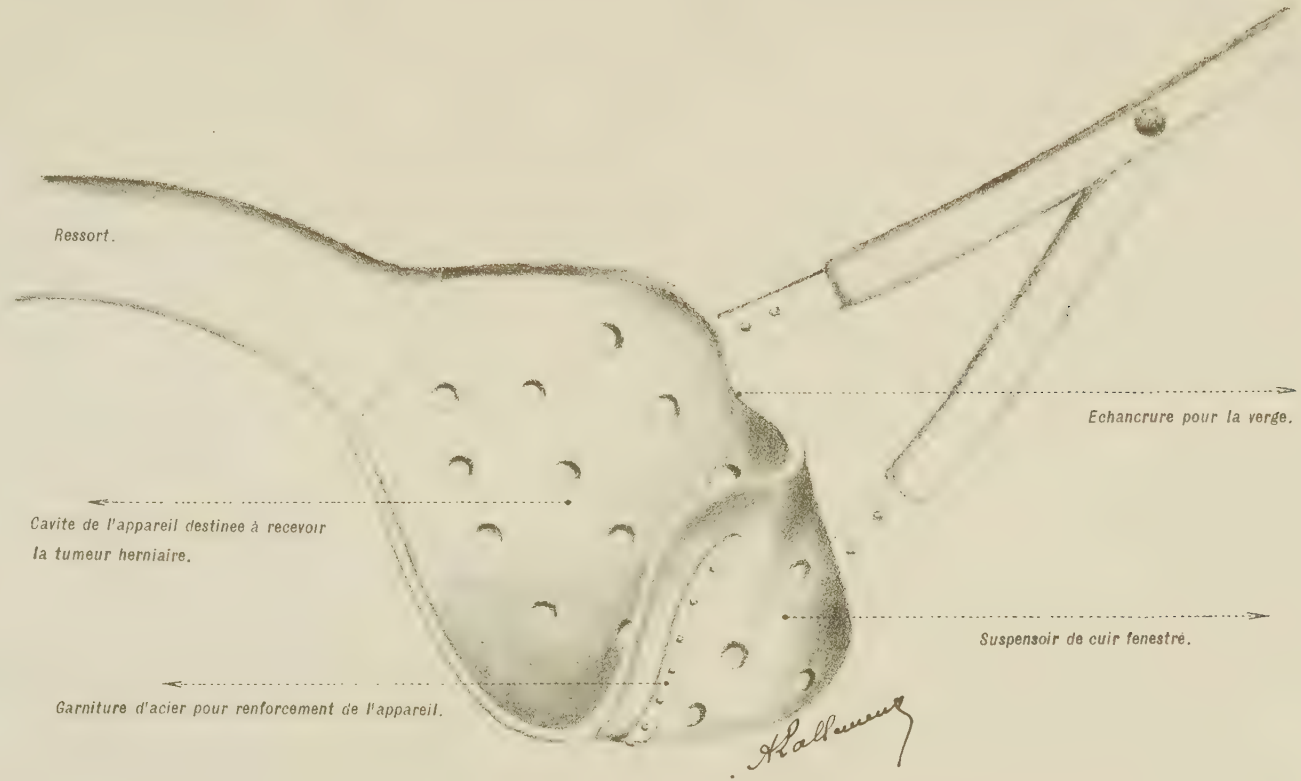
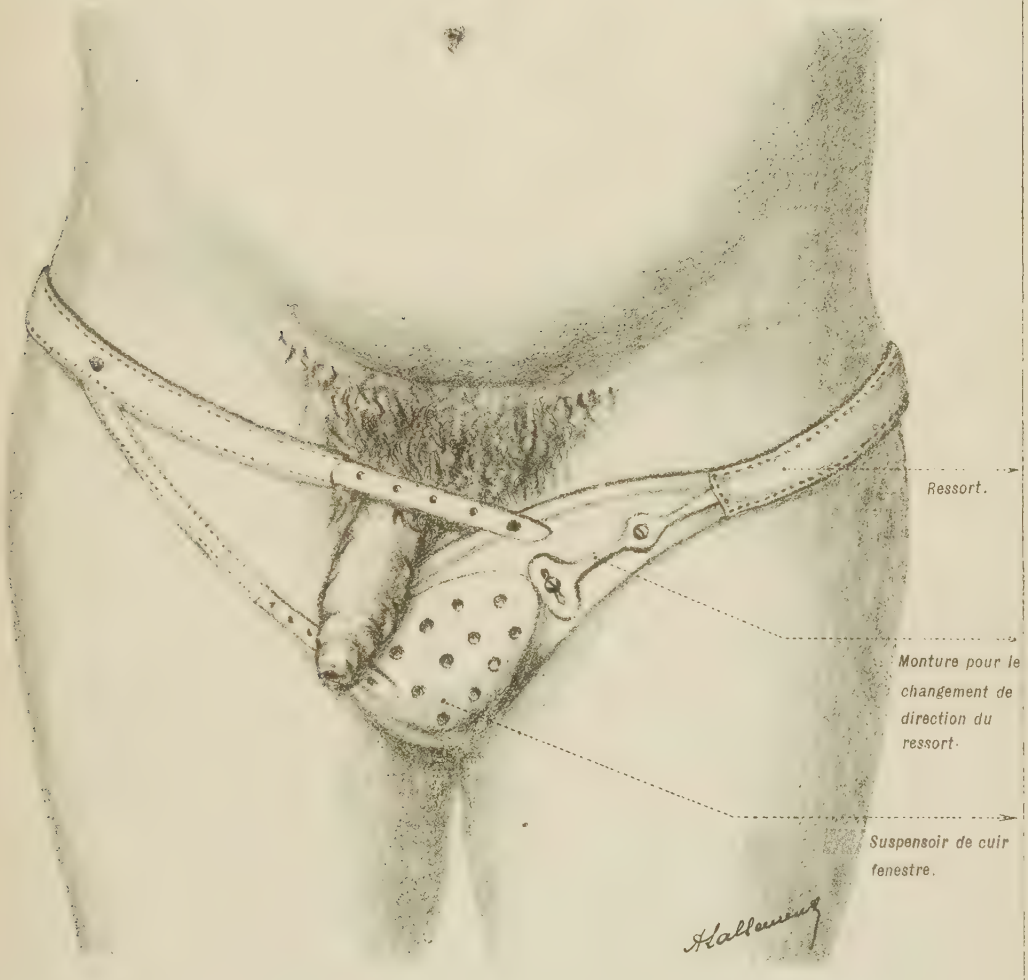


PLANCHE III.



Vue du bandage fenestré en place.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Etiologie. Pathogénie. Anatomie pathologique des hernies par glissement du gros intestin	4
CHAPITRE II. — Symptomatologie et diagnostic	15
CHAPITRE III. — Traitement chirurgical et technique de la cure radicale des hernies par glissement du gros intestin.	21
Tableau statistique	30
CHAPITRE IV. — Observations	32
CHAPITRE V. — Conclusions	44
CHAPITRE VI. — Discussion	47
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	51

Nancy, imp. A. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue Saint-Dizier.

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR